

# مقایسه افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی کلیوی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۷

## خلاصه

### مقدمه

بیماری مزمن یکی از شایع‌ترین مشکلات در جامعه امروزی است که هزینه‌های درمانی سنگینی را به بار می‌آورد و اثرات منفی بر عملکرد فرد می‌گذارد و مسائل روانشناختی یکی از مهمترین عوامل در تشدید و تداوم مزمن است. این پژوهش با هدف مقایسه افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی کلیوی انجام شد.

### روش کار

روش این پژوهش از نوع پس رویدادی و علی مقایسه‌ای بود. از جامعه ۵۶۸ نفری بیماران مزمن (ام اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی مزمن کلیوی) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان خرم آباد (انجمن بیماران ام اس، مرکز دیابت، مرکز تخصصی روماتولوژی و بیمارستان شهدای عشایر) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۲۰ بیمار انتخاب شدند (هر گروه از بیماران ام اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی مزمن کلیوی شامل ۳۰ نفر بود). روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی با مسئولان مراکز درمانی و بیماران، پرسشنامه افسردگی و اضطراب (لاویبوند و باویبوند، ۱۹۹۵) روی بیماران اجرا شد. برای تحلیل از روش ناپارامتریک کروسکال والیس و یومن-ویتنی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

### نتایج

مقادیر به دست آمده برای آماره Z مربوط به مقایسه افسردگی بیماران دیابتی با سایر بیماران معنی‌دار است. همچنین تفاوت بین بیماران نارسایی کلیوی و ام اس در افسردگی معنی‌دار است ( $p \leq 0.005$ ). بدین ترتیب وضعیت افسردگی بیماران روماتیسم مفصلی و نارسایی کلیوی از بقیه بیماران بالاتر است سپس بیماران ام اس و دیابت در رتبه‌های بعدی قرار دارند. مقایسه اضطراب نیز نشان می‌دهد که بیماران نارسایی کلیوی، روماتیسم، ام اس و دیابت به ترتیب بالاترین اضطراب را دارند.

### نتیجه‌گیری

در کنار مداخلات پزشکی، پیشنهاد می‌شود با مداخلات روانشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی، به سلامت روان و کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مزمن توجه شود.

### کلمات کلیدی

بیماری مزمن، افسردگی، اضطراب.  
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زهرا درویشی بذاق<sup>۱\*</sup>

حسنعلی ویسکرمی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

<sup>۲</sup>گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

\*گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

Email: psychologisnasim2018@yahoo.com

## مقدمه

افسردگی و اضطراب از جمله شایعترین مشکلات روانشناختی در جامعه انسانی به شمار رفته و می‌توانند از طریق حوادث استرس-زای زندگی بخصوص مشکلات طولانی مدت مانند برخی بیماری‌های جسمانی آشکار شوند و ادامه یابند (۱). افسردگی و اضطراب نیز از جمله مشکلاتی هستند که مبتلایان به علت مواجهه با استرس‌هایی نظیر مرگ و میر بیماران در خطر بروز آن می‌باشند و منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردیشان می‌شود (۲).

در هر جامعه‌ای تعدادی از افراد به بیماری‌های صعب‌العلاج مبتلا هستند که این بیماری‌ها تا اتمام عمر همراه فرد بوده و ضرورت دارد که این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار بگیرند. به بیماری‌هایی از قبیل تالاسمی، هموفیلی، ام اس، نارسایی مزمن کلیه، دیابت، ایدز، صرع و روماتیسم و.. بیماری‌های خاص گفته می‌شود که فراوانی آنها در حال حاضر به شدت افزایش یافته است (۳).

از انواع بیماری‌های مزمن، می‌توان به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس) اشاره کرد. ام اس یکی از بیماری‌های است که به دلیل علت نامشخص وقوع آن حتی شنیدن نام افراد را دچار استرس می‌کند (۴). این نوعی بیماری پیش رونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است. علت بیماری مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیسم‌های ایمنی علیه آنتی ژن میلین در ایجاد بیماری دخیل باشد (۵). نتایج مطالعات نشان داده است که بیماران ام. اس در مقایسه با افراد سالم جامعه از کیفیت زندگی پایین‌تر و اضطراب و استرس بالاتری برخوردارند (۶). همچنین مطالعات دیگری که به منظور مقایسه کیفیت زندگی این بیماران با بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری‌های التهابی روده انجام شد، نشان دادند که بیماران مبتلا به ام. اس به طور معنی‌داری از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۷). یکی دیگر از انواع بیماران مزمن، دیابت است که شایعترین اختلال متابولیک است (۸). در این اختلال متابولیک، بدن قادر به

تولید انسولین یا استفاده از آن به طور متناسب نیست. دیابت پنجمین علت مرگ و میر و اولین علت قطع پا، کوری و نارسایی مزمن کلیه نیز در بسیاری از جوامع است (۹). در جهان در هر نیم دقیقه یک نفر بیمار مبتلا به دیابت پای خود را به خاطر عوارض دیابت از دست می‌دهد و در ایران تصادفات مقام اول و دیابت مقام دوم را در قطع پا دارا است. جدیدترین گزارش انجمن بین‌المللی دیابت حاکی از وجود ۴۱۵ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سراسر جهان است و بنا بر پیش‌بینی این سازمان تعداد این افراد در سال ۲۰۴۰ به حدود ۶۴۲ میلیون نفر خواهد رسید که بیش از هشتاد درصد آنها در کشورهای فقیر و متوسط زندگی می‌کنند (۱۰). عوامل متعددی زمینه‌ساز، این بیماری هستند که از آن جمله می‌توان به سبک زندگی غیرفعال، غذاهای پرکالری، چاقی و پیری اشاره کرد (۱۱). همچنین عوامل محیطی و ژنتیکی، مقاومت انسولین و اختلال در کارکرد سلول‌های بتا در ایجاد دیابت نقش دارند (۱۲). هر چند که عوامل ژنتیکی نقش پررنگی در سبب-شناسی دیابت دارند (۱۳)، اما افزایش شیوع دیابت در دهه‌های اخیر به عوامل درونی مانند اضطراب و استرس نسبت داده می‌شود (۱۴).

بیماری روماتیسم مفصلی یکی از بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود (۱۵). در این بیماری، مفاصل به صورت قرینه دچار تورم و درد می‌شوند که اگر به موقع درمان نشود، با ایجاد تخریب در مفصل، باعث تغییر شکل آن نیز می‌گردند. این بیماری جز بیماری‌های خود ایمنی محسوب می‌شود که به دلیل داشتن زمینه‌های ژنتیکی و اختلال در آن، بدن قادر نخواهد بود، خودی را از غیر خودی تشخیص دهد و زمانی که تحریک شود، به بافت‌های بدن حمله می‌کند (۱۶). این بیماری با توجه به سیر مزمن، ابتلای مفاصل محیطی و علائم سیستمی، ناتوان‌کننده است. ابتلای همزمان به افسردگی یا اضطراب با تاثیر بر پیامدهای بیولوژی و نیز پیامدهای روانشناختی بیماری روماتیسم مفصلی در بروز یا تشدید ناتوانی حاصل از این بیماری موثر است (۱۷). بروز

درصد مردم جهان به آن مبتلا می‌باشند و برای ادامه حیات بیمار، بعد از درمان‌های محافظتی، استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه ضروری است (۲۰).

مطالعات نشان می‌دهد که وجود بیماری در درازمدت منجر به خطرات از بعد روانشناختی نیز می‌شود (۲۱). بیماران معمولاً چرخه‌ای از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند که در نهایت سلامت روانی فرد را کاهش می‌دهد (۲۲). پیشنهاد شده است که با شناسایی ابعاد آسیب روانی بیماران، مداخلات به موقعی نیز برای آنها اعمال شود (۲۳). لذا این پژوهش با هدف مقایسه افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی کلیوی انجام شد.

کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس می‌توان شدت علائم را مشخص کرد (۲۴). آنتونی و همکاران (۲۵) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۸۹، ۰/۲۳، ۰/۲۳ و ۰/۱۷ ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۲۵) حکمی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۲۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز

افسردگی و اضطراب در بدتر کردن پیامد بالینی بیماری روماتیسم مفصلی موثر است (۱۸).

در نهایت یکی دیگر از بیماری مزمنی که رو به گسترش است، نارسایی مزمن کلیوی است. بیماری مزمن کلیوی به آسیب کلیوی یا کاهش تدریجی عملکرد کلیه به مدت سه ماه یا بیشتر گفته می‌شود که در صورت عدم درمان منجر به مرحله آخر بیماری کلیوی می‌شود که اختلال پیش رونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است (۱۹). مرحله انتهایی بیماری کلیوی نشان دهنده یک وضعیت بالینی است که در نتیجه آن کلیه‌ها نمی‌توانند وظایفی چون اعمال متابولیک و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها را در بدن انجام دهند و این یک بیماری جسمی شایع است که دو تا سه

### مواد و روش کار

روش این پژوهش از نوع پس رویدادی و علی مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مزمن (ام‌اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی مزمن کلیوی) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان خرم آباد (انجمن بیماران ام‌اس، مرکز دیابت، مرکز تخصصی روماتولوژی و بیمارستان شهدای عشایر) بود که مجموعاً ۵۶۸ نفر بودند. از جامعه آماری مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۲۰ بیمار انتخاب شدند (هر گروه از بیماران ام‌اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی مزمن کلیوی شامل ۳۰ نفر بود). روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی با مسئولان مراکز درمانی و بیماران، پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب روی بیماران اجرا شد. حین اجرای پرسشنامه‌ها به بیماران در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. در نهایت بعد از گردآورده اطلاعات لازم از روش ناپارامتریک کروسکال والیس و یومان-ویتنی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

### ابزار پژوهش مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

**لاویبوند:** مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس، لایبوند و لایبوند (۲۴) مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. در این پژوهش ابعاد افسردگی و اضطراب مورد توجه بود. هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر

وایماکس بر روی گویه‌های پرسشنامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل‌های آزمون اصلی DASS می‌باشد.

### نتایج

در این پژوهش ۱۲ بیمار در چهار گروه مشارکت کرده بودند که ۵۳ نفر (۴۴/۲ درصد) از آنها مرد و ۶۷ نفر (۵۵/۸) زن بودند. میانگین سنی مشارکت کنندگان ۴۴/۴۳ بود. در ادامه به توصیف یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه‌ی آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و نیز شاخص X2 در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده تورام با چرخش

### جدول ۱. نتایج توصیفی افسردگی و اضطراب به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	ام اس		دیابت		روماتیسم		نارسایی کلیوی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۴/۹	۳/۴	۵/۱	۱/۳	۱۷/۹	۳/۲	۲۲/۱	۲/۲
اضطراب	۲۰/۲	۵/۶	۵/۱	۱/۱	۲۲/۵	۴/۳	۲۳/۷	۲/۳

اضطراب از همه بیماران پایین تر است. ب منظور بررسی دقیق تر نتایج از آزمون‌های کروسکال والیس و یومان-ویتنی استفاده شد و در زیر به نتایج آنها پرداخته می‌شود.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی و ام اس از افسردگی و اضطراب بالاتری نسبت به بیماران دیگر برخوردارند و میانگین بیماران دیابتی در افسردگی و

### جدول ۲. نتایج آزمون کروسکال والیس آماره خی دو برای مقایسه افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ها	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
افسردگی	ام اس	۳۰	۵۹/۲۳	۳۴/۹۳۶	۳	۰/۰۰۱
	دیابت	۳۰	۳۰/۷۸			
	روماتیسم	۳۰	۷۱/۴۵			
	نارسایی کلیوی	۳۰	۸۰/۵۳			
اضطراب	ام اس	۳۰	۶۶/۹۵	۴۸/۰۴۳	۳	۰/۰۰۱
	دیابت	۳۰	۲۳/۰۳			
	روماتیسم	۳۰	۷۴/۲۵			
	نارسایی کلیوی	۳۰	۷۷/۷۸			

افسردگی و اضطراب بیماران مزمن چهار گروه ام اس، دیابت، روماتیسم و نارسایی کلیوی تفاوت معنی دار وجود دارد. به منظور بررسی دقیق تر و جزئی تر از آزمون یومان-ویتنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد مقدار به دست آمده برای آماره خی دو مربوط به آزمون کروسکال-والیس برای هر دو متغیر افسردگی و اضطراب در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. لذا فرض صفر رد می شود و فرض خلاف مورد تایید است. بر این اساس چنین استنباط می شود که با اطمینان بالای ۰/۹۹ درصد بین

**جدول ۳. نتایج آزمون یومان-ویتنی برای مقایسه زوجی افسردگی و اضطراب بین گروهها**

متغیر	گروه	میانگین رتبه‌ای	آماره Z	سطح معنی داری
افسردگی	دیابتی	۱۹/۲۳	۵/۰۱۱	۰/۰۰۱
	نارسایی کلیوی	۴۱/۷۷		
	دیابتی	۲۳/۲۰	۳/۲۵۳	۰/۰۰۱
	ام اس	۳۷/۸۰		
	دیابتی	۱۹/۳۵	۴/۹۵۷	۰/۰۰۱
	روماتیسم	۴۱/۶۵		
	نارسایی کلیوی	۳۵/۶۳	۲/۲۷۹	۰/۰۲۳
	ام اس	۲۵/۳۷		
	نارسایی کلیوی	۳۴/۱۳	۱/۶۱۴	۰/۱۰۷
	روماتیسم	۲۶/۸۷		
	ام اس	۲۷/۰۷	۱/۵۲۶	۰/۱۲۷
	روماتیسم	۳۳/۹۳		
دیابتی	۱۷/۱۲	۰/۹۵۰	۰/۰۰۱	
نارسایی کلیوی	۴۳/۸۸			
دیابتی	۱۹/۳۷	۴/۹۵۸	۰/۰۰۱	
ام اس	۴۱/۶۳			
دیابتی	۱۷/۵۳	۵/۷۶۶	۰/۰۰۱	
روماتیسم	۴۳/۴۷			
اضطراب	نارسایی کلیوی	۳۳/۵۰	۱/۳۳۲	۰/۱۸۳
	ام اس	۲۷/۵۰		
	نارسایی کلیوی	۳۱/۴۰	۰/۴۰۰	۰/۶۸۹
	روماتیسم	۲۹/۶۰		
	ام اس	۲۸/۸۲	۰/۷۴۷	۰/۴۵۵
	روماتیسم	۳۲/۱۸		

و ام اس در افسردگی معنی دار است. بدین ترتیب وضعیت افسردگی بیماران روماتیسم مفصلی و نارسایی کلیوی از بقیه بیماران بالاتر است سپس بیماران ام اس و دیابت در رتبه‌های

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود مقادیر به دست آمده برای آماره Z مربوط به مقایسه افسردگی بیماران دیابتی با سایر بیماران معنی دار است. همچنین تفاوت بین بیماران نارسایی کلیوی

بعدی قرار دارند. مقایسه اضطراب نیز نشان می‌دهد که بیماران نارسایی کلیوی، روماتیسم، ام اس و دیابت به ترتیب بالاترین اضطراب را دارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس، دیابت، روماتیسم مفصلی و نارسایی کلیوی انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که بین افسردگی بیماران تفاوت معنی‌دار است و افسردگی بیماران روماتیسم مفصلی، نارسایی کلیوی، ام اس و دیابت به ترتیب بیشترین تا کمترین است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های (۲۷-۲۹) همسو بود.

در تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت که در بیماری افسردگی، حالت گرفتگی و ناامیدی بسیار شدیدتر از زمانی است که فرد هنگام یاس و بی‌حوصلگی احساس می‌کند. در این بیماری فرد دچار احساس اندوه مداوم، پوچی، ترس و کمبود می‌شود. برخی‌ها ابراز می‌کنند که ابری بر زندگی آنها سایه افکنده است و افسردگی بر تمامی ابعاد زندگی آنها تاثیر گذاشته است. با توجه به وجود بیماری‌های خاص مانند نارسایی کلیوی و روماتیسم مفصلی مزمن، وجود مشکلات خلق و خوی مانند افسردگی در این افراد به صورت چشمگیری دیده می‌شود. زیرا این امراض مهلک کننده و کاهش دهنده سطح انرژی، شادابی را از افراد گرفته و کیفیت زندگی این افراد را دستخوش تغییرات منفی می‌کند؛ اما هر کدام از بیماری‌ها میزانی از یاس و ناامیدی را با توجه به فشار بیماری در فرد به وجود می‌آورند. با توجه به اینکه بیماری نارسایی کلیوی و روماتیسم مفصلی یک بیماری مزمن و کشنده است، بیماران مبتلا به این بیماری‌ها، افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. بیماران ام اس به دلیل تجارب خاصی که در مواجهه با بیماری دارند، دارای تجربه نسبتاً متوسطی از افسردگی می‌شوند و در نهایت با توجه به اینکه دیابت یک بیماری شایع، مزمن، پیش‌رونده و پرهزینه در دنیا است به همین خاطر آگاهی بیمار از نوع بیماری خود منجر به مشکلات احساسی همچون افسردگی می‌شود اما چون آگاهی افراد از این بیماری بالاتر است، به همین خاطر نیز میزان افسردگی در این افراد کمتر است.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که بین اضطراب بیماران تفاوت معنی‌دار است و اضطراب بیماران نارسایی کلیوی، روماتیسم مفصلی، ام اس و دیابت به ترتیب بیشترین تا کمترین است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های نجات و همکاران (۳۱-۳) همسو بود.

در تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت که اضطراب برای بقای حیات ضرورت اساسی دارد، به این معنی که یک درد هیجانی است که مانند درد جسمانی به صورت یک فرایند اختلال و هشداردهنده عمل می‌کند. عوامل فرهنگی، از جمله مذهب، تحصیلات، نظام ارزش‌های فردی، میزان انسجام اجتماعی-فرهنگی در تولید اضطراب تاثیر دارند. از لحاظ نظری اضطراب می‌تواند در نتیجه هرگونه محرکی مانند بیماری ایجاد شود. بیماری نارسایی کلیوی و روماتیسم مفصلی اضطراب بالاتری را ایجاد کرده است، این امر را می‌توان به میزان درد و همچنین نیازهای درمانی و مداخلات پزشکی در این بیماری‌ها ارتباط داد. همچنین این بیماری‌ها معمولاً به صورت ناگهانی شروع شده و به صورت پنهان تاثیر خودش را بر روی کلیه و مفاصل‌های بیماران می‌گذارد. بیماران ام اس به دلیل اینکه از جزئیات بیماری خود کاملاً آگاه هستند در مراحل اولیه اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند اما در مراحل بعد با پذیرش بیماری، اضطراب کاهش پیدا می‌کند. همچنین در بیماری دیابت با توجه به اینکه مراحل پیش‌رونده بیماری و آگاهی از این نوع بیماری در مراحل اولیه فرد را مضطرب و در مراحل پیش‌رونده با پذیرش بیماری اضطراب کاهش پیدا می‌کند.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی مهمترین محدودیت این پژوهش بود. همچنین استفاده صرف از ابزار خودگزارشی یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیق و افزایش قدرت تعمیم نتایج در پژوهش‌های آتی از روش تصادفی استفاده شود. همچنین در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده نیز در کنار پرسشنامه برای عمق بخشیدن به نتایج استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود که در کنار مداخلات پزشکی، به مداخلات روانشناختی بیماران مزمن جهت کاهش افسردگی و اضطراب آنها پرداخته شود.

## References

1. Sharma A, Kudesia P, Shi Q, Gandhi R. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. *Open access rheumatology: research and reviews*. 2016 Oct 31:103-13.
2. Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. *International journal of nephrology and renovascular disease*. 2018 Mar 12:93-102.
3. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, Bressler B. Prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2017 Oct 18;2017.
4. Mehdikhani M, Hassanzadeh R, Ghanadzadegan H. Comparison of the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Relaxation on Distress Tolerance in females with Multiple Sclerosis (MS). *Rooyesh* 2021; 10 (4) :13-24
5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Townsend MC, Gould B. *Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing* 10th edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2008.
6. Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, Robertson N, La Rocca N, Uitdehaag B, van Der Mei I, Wallin M. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. *Multiple Sclerosis Journal*. 2020 Dec;26(14):1816-21.
7. Evangelou N, Garjani A, Hunter R, Tuite-Dalton KA, Craig EM, Rodgers WJ, Coles A, Dobson R, Duddy M, Ford DV, Hughes S. Self-diagnosed COVID-19 in people with multiple sclerosis: a community-based cohort of the UK MS Register. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2021 Jan 1;92(1):107-9.
8. American Diabetes Association. 7. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes care*. 2018 Jan;41(Suppl 1):S65.
9. Deacon CF. Peptide degradation and the role of DPP-4 inhibitors in the treatment of type 2 diabetes. *Peptides*. 2018 Feb 1;100:150-7.
10. Atlas D. International diabetes federation. *IDF Diabetes Atlas*, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2015.
11. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*. 2010 Jan 1;87(1):4-14.
12. Tesfaye S, Selvarajah D. Advances in the epidemiology, pathogenesis and management of diabetic peripheral neuropathy. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 2012 Feb; 28:8-14.
13. Dupuis J, Langenberg C, Prokopenko I, Saxena R, Soranzo N, Jackson AU, Wheeler E, Glazer NL, Bouatia-Naji N, Gloyn AL, Lindgren CM. New genetic loci implicated in fasting glucose homeostasis and their impact on type 2 diabetes risk. *Nature genetics*. 2010 Feb;42(2):105.
14. Xu Y, Zhao Z, Li X, Bi Y, Xu M, Ning G. Relationships between C-reactive protein, white blood cell count, and insulin resistance in a Chinese population. *Endocrine*. 2011 Apr 1;39(2):175-81.
15. Radu AF, Bungau SG. Management of rheumatoid arthritis: an overview. *Cells*. 2021 Oct 23;10(11):2857.
16. Smesam HN, Qazmooz HA, Khayoon SQ, Almulla AF, Al-Hakeim HK, Maes M. Pathway phenotypes underpinning depression, anxiety, and chronic fatigue symptoms due to acute rheumatoid arthritis: a precision nomothetic psychiatry analysis. *Journal of Personalized Medicine*. 2022 Mar 16;12(3):476.
17. Abid rahmani A, Ghorbanshiroudi S, Kalatbari J, Hajiabbasi A. Survey of Depression and Anxiety in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Guil Uni Med Sci* 2013; 22 (85) :15-22
18. Neal Robert, W. (2009). Psychosocial Management of Rheumatic Diseases. *Gray S Firestein, Ralph C Budd, Edward D Harris, Iain B McInnes, Shaun Ruddy, John S Sergent. Kelley's Text book of Rheumatology. 8th Edition. Philadelphia*, 999-1007.
19. Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. [The relationship between spiritual well-being and hope in hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014]. *Med Ethics J*. 2015;9(30):77-96.
20. Khoshkhatti N, Amiri majd M, Yazdinezhad A, Bazzazian S. Effectiveness of "Virtual Reality Therapy compound with Aromatherapy" on the Symptoms of Anxiety, Depression and Stress in Renal Patients under Hemodialysis. *JHPM* 2019; 8 (2) :31-40
21. Conversano C. Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology*. 2019 Dec 6;10:2727.

22. Sambasivam R, Liu J, Vaingankar JA, Ong HL, Tan ME, Fauziana R, Picco L, Chong SA, Subramaniam M. The hidden patient: chronic physical morbidity, psychological distress, and quality of life in caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*. 2019 Jan;19(1):65-72.
23. Nematollahi S. Effect of a Quality of Life Education Program on Psychological Well-being and Adherence to Treatment of Diabetic Patients. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2021 Dec 10;31(1):61-7.
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 335-43
25. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinton RP. Psychometric properties of the 42- item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. *Psychol Assess* 1998; 2: 176-81
26. Samani S, Jokar B. Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS. *J Soc Sci Mumanistics* 2007; 26(3): 65-75.
27. Köhler S, Chrysanthou S, Guhn A, Sterzer P. Differences between chronic and nonchronic depression: systematic review and implications for treatment. *Depression and anxiety*. 2019 Jan;36(1):18-30.
28. Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*. 2019 Aug;160(8):1708.
29. Anand P, Bhurji N, Williams N, Desai N. Comparison of PHQ-9 and PHQ-2 as screening tools for depression and school related stress in inner city adolescents. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2021 Oct;12:21501327211053750.
30. Ghadimi Karahroudi S, Seprehrian Azar F. Comparison of health anxiety, sleep and life quality in people with and without chronic pain. *Anesthesiology and Pain*. 2020 Jan 10;10(4):63-76.
31. Yue T, Li Q, Wang R, Liu Z, Guo M, Bai F, Zhang Z, Wang W, Cheng Y, Wang H. Comparison of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Zung Self-Rating Anxiety/Depression Scale (SAS/SDS) in evaluating anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis. *Dermatology*. 2020;236(2):170-8.



## Original Article

### Comparison of depression and anxiety in patients with MS, diabetes, rheumatism, and renal failure

Received: 20/06/2021 - Accepted: 18/11/2021

Zahra Darvishi Bodagh<sup>1\*</sup>  
Hasanali Veiskarami<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

<sup>2</sup>Department of Psychology, Faculty of Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

\* Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Email:  
psychologisnasim2018@yahoo.com

#### Abstract

**Introduction:** Chronic disease is one of the most common problems in today's society, which incurs heavy treatment costs and has negative effects on a person's performance, and psychological issues are one of the most important factors in chronic exacerbation and continuation. This study was conducted with the aim of comparing depression and anxiety in patients with MS, diabetes, rheumatism, and renal failure.

**Method:** The method of this research was post-event and causal comparative. From the community of 568 chronic patients (MS, diabetes, rheumatism and chronic renal failure) referring to the treatment centers of Khorram Abad city (MS patient's association, diabetes center, rheumatology specialized center and Shahadai Ashair hospital) using sample method. 120 patients were selected (each group of patients with MS, diabetes, rheumatism, and chronic renal failure included 30 people). The implementation method was as follows, after coordinating with the officials of the medical centers and the patients, the depression and anxiety questionnaire (Lavibond and Bavibond, 1995) was implemented on the patients. For the analysis, the non-parametric Kruskal-Wallis and Yeoman-Whitney methods were used to analyze the findings using SPSS version 21 software.

**Results:** The values obtained for the Z statistic related to the comparison of depression of diabetic patients with other patients are significant. Also, the difference between renal failure and MS patients in depression is significant ( $p \leq 0.005$ ). Thus, the depression status of patients with rheumatism and renal failure is higher than other patients, then MS and diabetes patients are in the next ranks. The comparison of anxiety also shows that patients with renal failure, rheumatism, MS and diabetes have the highest anxiety respectively.

**Conclusion:** In addition to medical interventions, it is suggested to pay attention to mental health and reduce depression and anxiety of chronic patients with psychological interventions and life skills training.

**Keywords:** chronic disease, depression, anxiety.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest.